



## Anamnesebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nachname:	Vorname:				
Geburtsdatum:					
Adresse:					
Versicherung:	Vers.-Nr.:				
Telefon:	Mobil:				
E-Mail:					
Größe:	Gewicht:				
Letzter Hausarzt:					
Beruf:	O Rentner		O Schüler/Student		
Familienstand:	O ledig	O getrennt	O verheiratet	O verwitwet.	O geschieden
Kinder:	O ja/Anzahl:		O nein		
Raucherstatus:	O Raucher / Menge pro Tag:		O Sonstiges (E-Zigarette etc.):		
	O Nichtraucher		O Ex-Raucher		
Alkoholkonsum:					
O nie		O sehr selten/fast nie (<1x Monat)		O selten (<1x/Woche)	
O gelegentlich (1-2x/Wo)		O regelmäßig (fast täglich)		O täglich	
<b>Aktueller Behandlungsgrund:</b>					
Allergien/Unverträglichkeiten (auch Medikamente):					
O keine Allergien					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?					
O nein		O siehe Medikamentenplan		O Ja, und zwar:	
Bekannte Erkrankungen/ Operationen:					
		O keine			
O ja, und zwar:					
O Herzerkrankungen: _____					
O Lungenerkrankungen: _____					
O Magen-/Darmerkrankungen: _____					
O Bluthochdruck		O Heuschnupfen	O Diabetes	O Schlafstörungen	
O Depressionen		O Sonstiges:			
Haben Sie einen Impfausweis?		O Ja	O Nein		
Haben Sie einen Organspendeausweis?		O Ja	O Nein		
Haben Sie eine Patientenverfügung?		O Ja	O Nein		

Bitte wenden!



---

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

## Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/ Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/ Laboren eingeholt werden dürfen. Dies kann sowohl telefonisch als auch schriftlich oder per Fax erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung Anfragen gegenüber der Krankenkasse von meinen behandelnden Ärzten beantwortet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchungen und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Wieghorst & Kollegen mich an medizinisch indizierte Kontrolltermine erinnert:  schriftlich  telefonisch  per E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde/ Laborwerte  per Fax  per E-Mail an mich selbst, einen mitbehandelnden Arzt oder Psychotherapeut oder eine andere Stelle (bitte unten eintragen) geschickt werden. Mir ist bewusst, dass E-Mails und Faxe nicht vertrauenswürdig sind und die Daten auf dem Weg verloren gehen können oder abgefangen werden können.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Partnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Sollte ich selbst verhindert sein, dürfen folgende Personen/ Apotheken/ Pflegedienste Rezepte, Überweisungen oder andere Formulare für mich abholen:

Angehörige/ Sonstige:

Apotheke:

Pflegedienst:

Folgende Personen dürfen Auskunft über meinen Gesundheitszustand bekommen:

---

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich alle vorbehandelnden und aktuellen Ärzte und andere Therapeuten von der Schweigepflicht gegenüber der Praxis Wieghorst & Kollegen und ermächtige die Praxis außerdem alle nötigen Befunde anzufordern.

Seelze-Letter, den

Unterschrift:

---

**Bitte wenden!**